

Trefwoorden

- Verpleeghuiszorg
- CVA
- Depressie

Auteurs

Dr. Renate Verkaik,

psycholoog en onderzoeker
NIVEL

Prof. Dr. Anneke Francke,

programmaleider V&V NIVEL,
hoogleraar verpleging en
verzorging in de laatste
levensfase VUmc/EMGO+

Dr. Martin Smalbrugge,

specialist ouderengeneeskunde,
onderzoeker VUmc/EMGO+,
hoofd trainingscentrum GERION

Correspondentie

Renate Verkaik:
R.Verkaik@nivel.nl

De Plezierige-Activiteiten-Methode na een beroerte

Na een beroerte ontwikkelen veel mensen depressieve klachten. Uit een pilotonderzoek blijkt dat de Plezierige-Activiteiten-Methode deze klachten mogelijk kan voorkomen. Deze methode is eerder effectief gebleken voor mensen met dementie. Nu is de bruikbaarheid ervan onderzocht voor de begeleiding van mensen na een beroerte, die verblijven op revalidatie- en somatische verpleeghuisafdelingen.

De methode blijkt zeer bruikbaar op somatische afdelingen. Voor revalidatieafdelingen lijkt dit ook het geval. Randvoorwaarde voor succesvolle invoering van de methode is dat afdelingen een gedeelde belevingsgerichte zorgvisie hebben, waarbij het welbevinden van de individuele patiënt en diens persoonlijke beleving, voorkeuren en mogelijkheden centraal staan. Het pilotonderzoek werd mogelijk gemaakt door Fonds NutsOhra.

Per jaar krijgen in Nederland ca. 41.000 mensen een CVA, ook wel beroerte genoemd. De kans op overleven na een CVA is tegenwoordig zo'n 80%. Ruim een kwart van de overlevenden komt in een verpleeghuis terecht om te revalideren. In 30% van die gevallen volgt een langdurig verblijf op een somatische afdeling.

Uit recent onderzoek van Almenkerk e.a. (2012) blijkt dat 53% van de bewoners van somatische verpleeghuisafdelingen na een CVA depressieve klachten heeft. Depressieve klachten kunnen

ontstaan door de schade aan de hersenen die de beroerte heeft veroorzaakt, maar ook als reactie op de ontstane klachten en beperkingen of door reacties van de omgeving. Daardoor kan en wil iemand na het CVA vaak minder ondernemen dan daarvoor. Hierdoor onderneemt de patiënt ook steeds minder activiteiten waaraan hij/zij plezier beleeft. Er ontstaat dan een disbalans tussen positieve en negatieve ervaringen en de kans is groot dat dit tot (nog meer) depressieve klachten leidt. Door in de zorg plezierige activiteiten te integreren, kan voorkomen worden dat iemand in een negatieve depressiespiraal terecht komt. Ook zijn preventie en bestrijding van depressie belangrijk om het herstel na een CVA te bevorderen (Robinson & Spaletta, 2010).

Het uitgevoerde pilotonderzoek geeft inzicht in de bruikbaarheid van een beloftevolle multidisciplinaire aanpak om depressie na een CVA te verminderen en te voorkomen: de Plezierige-Activiteiten-Methode. Uit eerder onderzoek bij een andere doelgroep, namelijk men-

sen met dementie, bleek dat deze methode depressieve klachten kan verminderen (Verkaik et al., 2011). Kern van deze methode is dat zorgverleners systematisch in kaart brengen aan welke activiteiten bewoners plezier kunnen beleven. Deze ‘activiteiten-op-maat’ realiseren ze vervolgens ook, samen met activiteitenbegeleiders, vrijwilligers en familie. De individuele mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt staan in de methode centraal.

Doel

Doel van het onderzoek was nagaan in hoeverre de Plezierige-Activiteiten-Methode, die oorspronkelijk ontwikkeld is voor mensen met dementie, bruikbaar is in de zorgverlening voor mensen die na een CVA zijn opgenomen op een revalidatie- of somatische verpleeghuisafdeling.

Methode

De Plezierige-Activiteiten-Methode (zoals oorspronkelijk beschreven in de richtlijn *Depressie bij Dementie*, Verkaik e.a., 2004) werd in overleg met verzorgenden en een specialist ouderengeneeskunde aangepast aan de doelgroep (verpleeghuisbewoners met een CVA) en aan de werkwijze op revalidatie- en somatische verpleeghuisafdelingen. Ook werd de methode zo aangepast dat hij preventief kan worden toegepast en niet alleen wanneer er al sprake is van depressieve klachten. De aangepaste methode kreeg de naam ‘De Plezierige-Activiteiten-Methode na een beroerte’ en is beschreven in een praktische handreiking voor verzorgenden (Verkaik e.a., 2012).

De methode bestaat uit vier stappen (zie tabel 1).

Casus (fictief)

Meneer De Zeeuw (79) en zijn vrouw (68) woonden tot voor kort zelfstandig. Meneer is kort geleden in het ziekenhuis opgenomen na een beroerte. Hij heeft een rechtzijdige verlamming, een spraakstoornis en haalt ja en nee door elkaar. Hij is ter revalidatie opgenomen op de revalidatieafdeling (stroke unit) van een verpleeghuis. Zo’n twee weken na opname vult de verzorgende met meneer en mevrouw het formulier ‘Levensloop en plezierige activiteiten’ in om informatie te verzamelen over zijn achtergrond, hobby’s en voorkeuren. Daaruit blijkt dat meneer gevaren heeft op de grote vaart, vijf kleinkinderen heeft en van schlagermuziek houdt. Ook vist hij graag en heeft hij thuis een groot aquarium met tropische vissen. De verzorgende maakt een verslag van het gesprek en maakt een voorlopig Plezierige-Activiteiten-Plan. Haar idee is om tijdens de verzorging van meneer een cd met schlagermuziek op de achtergrond aan te zetten. Ze zal aan mevrouw De Zeeuw vragen om zijn lievelingsmuziek en ook een aantal boeken met foto’s van tropische vissen mee te nemen, zodat hij zelf of met de activiteitenbegeleiding de boeken kan bekijken. Ook zal ze aan mevrouw De Zeeuw vragen om meneer in zijn rolstoel af en toe mee te nemen naar een ontmoetingsruimte elders in het verpleeghuis, waar een groot aquarium met bijzondere vissen staat. Wanneer meneer somber is, dan kunnen de verzorgenden of activiteitenbegeleiders met hem praten over de grote vaart en zijn kleinkinderen. De verzorgende bespreekt het plan met de EVV’er, de activiteitenbegeleiding en meneer en mevrouw De Zeeuw. Zij vinden het allemaal een goed plan. Mevrouw De Zeeuw zal ook nog extra aan de kinderen vragen of zij regelmatig langs willen komen met de kleinkinderen.

Vier weken na de start evalueert de EVV’er samen met de activiteitenbegeleider en meneer De Zeeuw het plan. Meneer De Zeeuw is tevreden, maar geeft aan wel wat vaker naar buiten te willen. De activiteitenbegeleider bekijkt of dit mogelijk is met een vrijwilliger. Ook met mevrouw De Zeeuw zal deze wens besproken worden. Verder blijft het plan ongewijzigd.

Voor de toepassing van de methode zijn verschillende hulpmiddelen beschikbaar: (1) het formulier *Levensloop en plezierige activiteiten* voor het verzamelen van achtergrondinformatie, (2) het formulier *Plezierige-Activiteiten-Plan* waarop een begeleidingsplan kan worden geformuleerd en dat geïntegreerd kan worden in het *Zorgleefplan*, en (3) een *Stappenplan voor het opstellen van een Plezierige-Activiteiten-Plan*.

Aanpak van de pilotstudie

De ‘Plezierige-Activiteiten-Methode na een beroerte’ werd in het voorjaar van 2012 in een pilotstudie onderzocht op bruikbaarheid op zowel een revalidatieafdeling als een somatische afdeling van een verpleeghuis. De zorgteams van die afdelingen - bestaande uit de teamleiders, verzorgenden, EVV’ers en activiteitenbegeleiding - ontvingen de handreiking over de methode. De methode werd toegelicht in een training van anderhalf uur.

Tabel 1. De vier stappen van de Plezierige-Activiteiten-Methode.

Stap A. Informatie verzamelen

Ongeveer twee weken na opname op de afdeling informatie verzamelen over:

1. de persoonlijkheid en achtergrond van de patiënt;
2. mogelijke plezierige activiteiten die aansluiten bij voorkeuren en eventuele hobby's.

Stap B. Begeleidingsactiviteiten kiezen

Eén of meer van de volgende begeleidingsactiviteiten kiezen:

1. plezierige activiteiten tijdens de verzorging;
2. plezierige activiteiten door activiteitenbegeleiding of anderen (o.a. familie);
3. onderwerpen bij somberheid/ piekeren.

Stap C. Uitvoeren van begeleiding

De afgesproken begeleiding uitvoeren samen met verzorgenden, activiteitenbegeleiding, familie en eventueel ook fysiotherapie, voedingsassistenten, vrijwilligers en anderen.

Stap D. Evalueren van zorg

De geboden begeleiding evalueren in overleg met betrokken collega's, de familie en de patiënt. Zo nodig past de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende het begeleidingsplan aan. Als uit de evaluatie blijkt dat een patiënt ondanks de geboden begeleiding depressief lijkt te worden, dan vindt overleg met een arts en psycholoog plaats.

Vervolgens pasten de teams de methode gedurende vier weken toe bij in totaal zes patiënten/bewoners. Deze mensen waren door de zorgteams gezamenlijk geselecteerd en vervolgens door de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende om toestemming gevraagd. Halverwege de periode was er contact tussen de onderzoeker en de teams om de voortgang en eventuele belemmeringen te bespreken. Na afloop van de pilotperiode vond er op beide afdelingen een afsluitend interview plaats tussen de onderzoeker en van elk team een EVV'er, activiteitenbegeleider en de teamleider. Daarbij kwamen de volgende vragen aan de orde:

- *Wie hebben de methode gebruikt, eraan meegewerkt?*
- *Bij welke bewoners/patiënten?*
- *Hoe zijn jullie te werk gegaan?*
- *Wat zijn jullie ervaringen?*
- *Wat ging goed, wat minder? (Benoemde tijd, afstemming verzorgenden / andere disciplines / familie; invullen formulieren enz.).*
- *Hoe reageren de bewoners/patiënten (tot nu toe) op de methode?*

- *Hoe vinden jullie het zelf om met de methode te werken?*
- *Denken jullie de methode in de toekomst nog vaker te gebruiken? Wat hebben jullie daarvoor nodig (randvoorwaarden)?*
- *Hoe kan het gebruik van de methode in de toekomst bevorderd worden?*

Bruikbaarheid

Op de revalidatieafdeling is de methode gedurende de pilotstudie (voorjaar 2012) uitgeprobeerd bij diverse patiënten met een CVA. Een eerste patiënt is een vrouw, die erg snel boos en kortaf is. Uit het gesprek dat de activiteitenbegeleiding met de vrouw heeft, komen direct activiteiten naar voren die mevrouw graag wil doen, die makkelijk te realiseren zijn, maar nog niet bekend bij de zorgverleners. Mevrouw houdt bijvoorbeeld erg van sport kijken op televisie. De activiteitenbegeleiding wijst haar op een televisie die in een aparte kamer beschikbaar is en waarvan ze gebruik kan maken. Ook laten ze haar weten wanneer er sportprogramma's zijn.

De verzorgenden drinken 's ochtends, voordat ze mevrouw verzorgen een kop thee met haar, om haar wat meer op haar gemak te stellen voordat ze met de verzorging beginnen. Dit vindt mevrouw prettig en het is eenvoudig te organiseren. Bij een andere patiënt zijn de ervaringen wisselend. Deze mevrouw is zeer angstig. Uit het gesprek met mevrouw en haar familie blijkt dat de familie vooral wil dat ze meer onder de mensen komt. Mevrouw wil dit eigenlijk niet. Wat mevrouw zelf wil komt uit het gesprek niet naar voren.

Hoewel de handreiking waarin de Plezierige-Activiteiten-Methode is beschreven primair voor verzorgenden is bedoeld, sloeg op de revalidatieafdeling de methode vooral aan bij de activiteitenbegeleiders. Zij hebben met de patiënten en hun familie informatie verzameld over vroegere hobby's en de levensloop, en vervolgens samen met de EVV'er een activiteitenplan gemaakt. De verzorgenden hebben hiervoor weinig ruimte door onderbezetting en andere cursussen. De activiteitenbegeleiding ziet zeker de meerwaarde in van het afstemmen van activiteiten op persoonlijke voorkeuren en vindt de methode goed bruikbaar voor de revalidatie. De verzorgenden zijn hierbij nog niet van hun rol overtuigd. Zij zien het faciliteren van activiteiten 'op maat' niet als passend bij hun taak als zorgverlener op een revalidatieafdeling. In hun ogen is dit zelfs strijdig met het doel mensen weer zo snel mogelijk hun zelfstandigheid terug te geven.

Op de somatische afdeling is de methode ook bij bewoners met een CVA toegepast. De ervaringen op deze afdeling zijn eensludend positief. Bij één

bewoner wordt het naar aanleiding van de pilot mogelijk gemaakt dat hij zijn favoriete Nederlandstalige muziek op zijn kamer kan afspelen. Met een andere bewoner is tekenen als activiteit op zijn kamer aangeboden en wordt afgesproken dat hij vaker met een vrijwilliger naar buiten kan. Bij een ander lopen verzorgenden wat vaker binnen voor een praatje. Zowel verzorgenden als activiteitenbegeleiders zijn enthousiast over de Plezierige-Activiteiten-Methode. Deze is goed toe te passen. Ook kost het volgens hen weinig extra tijd om het levensloopformulier met een patiënt door te nemen, een Plezierige-Activiteiten-Plan te maken en de activiteiten aan te bieden. Volgens hen levert het de bewoners veel op. Zeker ook het moment van starten, zo'n twee weken na de intake op de afdeling, wordt als positief ervaren. De methode is een goede aanvulling op de bestaande methoden van activiteitenbegeleiders en verzorgenden en bevordert de samenwerking tussen deze twee disciplines. De afdeling is er zeker van de Plezierige-Activiteiten-Methode in de toekomst verder in te voeren.

Discussie

Op de somatische afdeling werd de Plezierige-Activiteiten-Methode als zeer bruikbaar beoordeeld. Zowel de verzorgenden als de activiteitenbegeleiders zagen de meerwaarde voor bewoners, hun zorgverlening en de multidisciplinaire samenwerking en ze konden er goed mee uit de voeten.

Gelet op de positieve ervaringen van patiënten en de activiteitenbegeleiding op de revalidatieafdeling, lijkt de methode daar ook zinvol. De verzorgenden van de revalidatieafdeling zagen hierbij echter geen rol voor zichzelf

weggelegd. Deze enigszins afwijzende houding lijkt voornamelijk samen te hangen met hun visie dat het aanbieden of faciliteren van plezierige activiteiten niet tot hun taak behoort en ze vooral gericht moeten zijn op een snelle revalidatie. Dit terwijl eerder onderzoek erop wijst dat preventie en bestrijding van depressie belangrijk zijn om het herstel na een CVA te bevorderen (Robinson & Spaletta, 2010). Jammer genoeg hebben de verzorgenden dit in het uitgevoerde pilotonderzoek niet kunnen ervaren. Voor invoering van de Plezierige-Activiteiten-Methode lijkt het dus van belang om eerst te investeren in een gedeelde belevingsgerichte zorgvisie, waarbij het welbevinden van de individuele patiënt en diens persoonlijke beleving, voorkeuren en mogelijkheden centraal staan. Ook het hebben van voldoende tijd om de methode in te voeren is een bekende randvoorwaarde voor succesvolle implementatie.

Of de Plezierige-Activiteiten-Methode daadwerkelijk helpt om depressieve klachten na een beroerte te voorkomen, zal nader onderzocht moeten worden in een grootschalige effectstudie. Het NIVEL en VUmc treffen hiervoor de voorbereidingen.

Het boekje *De Plezierige-Activiteiten-Methode na een beroerte. Handreiking voor verzorgenden* (Verkaik e.a., 2012) is te downloaden of te bestellen bij het NIVEL: www.nivel.nl ■

Literatuur

- Robinson R.G. & Spaletta G. (2010). Poststroke Depression: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55: 341-349.
- van Almenkerk, S.M.A., Depla, M.F.I.A., Smalbrugge M., Eefsting J.A. & Hertogh C.M.P.M. (2012). Institutionalized stroke patients: status of functioning of an under researched population. *JAMDA*, doi: 10.1016/j.jamda.2012.05.008.
- Verkaik, R., Francke, A.L., Van Meijel, B., Spreeuwenberg, P.M.M., Ribbe, M.W. & Bensing, J.M. (2011). The effects of a nursing guideline on depression in psychogeriatric nursing home residents with dementia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*: 26(7), 723-32.
- Verkaik R., Francke A.L. & van Delden D. (2004). *Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn. Richtlijn voor verzorgenden*. NIVEL; Verpleeghuis Waerthove. Utrecht: NIVEL.
- Verkaik R., Francke A.L. & Smalbrugge M. (2012). *De Plezierige-Activiteiten-Methode na een beroerte. Handreiking voor verzorgenden*. Utrecht: NIVEL.

SAMENVATTING

- Van de bewoners van somatische verpleeghuisafdelingen die een CVA hebben gehad, heeft de helft depressieve klachten.
- De Plezierige-Activiteiten-Methode kan deze klachten mogelijk voorkomen.
- Bij de methode worden plezierige activiteiten aan de patiënt aangeboden of gefaciliteerd die passen bij zijn achtergrond en interesses.
- De methode lijkt meerwaarde te hebben voor zowel somatische- als revalidatieafdelingen.
- Op de revalidatieafdeling zien verzorgenden echter geen rol voor zichzelf hierbij en slaat de methode vooral aan bij activiteitenbegeleiders.